Die Erschwerung der Tuberkulosebekämpfung durch tuberkulöse asoziale Familien.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Bonn.

Vorgelegt am 21. April 1936

von

Hans Schaaf, Stadtarzt

aus Görlitz, Schlesien.

Bonn 1936.

Anton Brand, Bonn.

Gedruckt
mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Bonn.

Referent: Prof. Dr. Selter.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Durch die Umwandlung der Fürsorge aus einer Pflege des Schwachen in einen Schutz des wertvollen Erbgutes ist die Forderung „Schutz den Gesunden“ an die erste Stelle im Kampfe gegen die Tuberkulose gehoben worden. Auch die Sorge für den Kranken hat dem Schutze der Gesunden zu dienen. Der Gedanke einer wahren Volksgemeinschaft, das Erlebnis des deutschen Volkes als einer körperlichen und seelischen Einheit muß sich auf dem Gebiete der Gesunderhaltung und der Krankheitsbekämpfung ebenso gut auswirken wie auf allen anderen Gebieten. Je mehr es gelingt, die Grundsätze der Seuchenbekämpfung gegenüber den oft scheinbar damit in Widerspruch stehenden Interessen der Einzelfürsorge durchzuführen, desto größer sind die Erfolge hinsichtlich des Aufbaues der Volksgesundheit.

Führt man sich vor Augen in welcher Weise die Tuberkulose und besonders die Lungentuberkulose, deren Geschichte bis in das Altertum reicht, am Marke des Volkes zehrt — man schätzt die Zahl der aktiven behandlungsbedürftigen Tuberkulösen in Deutschland noch weit über eine Million — dann wird es jedem einleuchten, daß hier Gemeinnutz vor Eigennutz geht. Dieser Grundsatz begründet eindeutig, was die öffentliche Seuchenbekämpfung und Gesundheitsführung vom Kranken verlangt, vor allem begründet er die den einzelnen oft unbequemen für die Allgemeinheit aber notwendigen Verhaltungsmaßregeln, deren gewissenhafte Durchführung gerade im Kampfe gegen die Tuberkulose von größter Bedeutung ist. Die Durchführung dieses Grundsatzes muß aber auch, wie Kayser-Petersen mit Recht fordert auf den Einsatz des Arztes und auf die Kostenaufbringung der Anstaltsbehandlung Anwendung finden. Der Arzt steht in der Seuchenbekämpfung in vorderster Linie. Er bekommt die Feinde der Allgemeinheit

als erster zu Gesicht und darf sie nicht aus dem Auge verlieren. Von dem Zeitpunkt und von der Art, wie der Arzt den Kampf gegen die Seuche einleitet, hängt der Erfolg aller anderen Kampfmittel ab. Die Geldmittel des Kampfes müssen gesichert und schnell greifbar sein, wenn der Kampf nicht stocken und sein Erfolg nicht fraglich werden soll.

Eine besondere Menschengruppe, die dem Gedanken der Volksgemeinschaft weit entfernt steht und sich den Forderungen der Seuchenbekämpfung immer widersetzt hat, stellen die Asozialen dar. Wenn diese Arbeit dazu beiträgt, die gesundheitlich bedrohte Allgemeinheit und besonders den Gesetzgeber darauf aufmerksam zu machen, in welchem Maße diese Menschen die Bekämpfung der Tuberkulose erschweren und besonders in der Familie diese Volksseuche rücksichtslos weiter verbreiten, dann erfüllt sie ihren Zweck.

Es soll kurz festgelegt werden, was unter der Bezeichnung asozial verstanden wird. Asozial sind die Menschen, die einmal der Gemeinschaft abseitsstehend gemeinschaftslos denken und handeln, dann aber auch solche, die gegen die Gemeinschaft verstoßen, ohne das Bewußtsein dafür zu haben. Die Gemeinschaftswidrigen bis Gemeinschaftsfeindlichen oder kurz die Antisozialen sind die Menschen, die sich mit bewußtem Empfinden gegen die Gesellschaft auflehnen und gegen sie handeln. Asoziale und antisoziale Menschen gehören beide zu der großen Gruppe der sozial Minderwertigen. Es sind dies die Arbeitsscheuen, Landstreicher, Gewohnheitsbettler, Prostituierte, die Schwachsinnigen und Geisteskranken, die gemeinschaftsblinden bis gemeinschaftsfeindlichen Psychopathen und schließlich die gemeingefährlichen Verbrechernaturen. Die hier angeführten Menschen in asoziale und antisoziale zu trennen, ist nun in keiner Weise sicher durchzuführen, denn ein großer Teil der Asozialen kann jeder Zeit antisozial werden. Vom praktischen Standpunkt aus sollen daher die asozialen und antisozialen Menschen hier als ein Typ bezeichnet werden. Asoziale Gesinnung bedeutet also Mangel an Interesse

für fremdes Leben, Gleichgültigkeit bis hinab zur Indifferenz. Antisoziale Gesinnung setzt dagegen eine bewußt feindliche Haltung und eine gewisse Aktivität voraus.

Durch Fahrlässigkeit, Unvernunft, Unwissenheit und Böswilligkeit machen diese Leute auch das Streben der Seuchenbekämpfung illusorisch und werden der Allgemeinheit zu einer besonderen Gefahr, wenn sie von einer ansteckenden Krankheit ergriffen werden. Gerade bei einer Tuberkuloseerkrankung ist der Schaden groß und verhängnisvoll, den ein asozialer Mensch seiner Umgebung, im besonderen seiner Familie zufügen kann. Ickert, Krutzsch, Augstein, Simon, Franz und Kalk haben in ihren Arbeiten hierüber zahlreiche und klarliegende Fälle, die eine Blütenauslese von asozialen Typen darstellen, veröffentlicht.

Die einfachsten Fälle asozialen Verhaltens erklärten sich vom pekuniären Standpunkte aus. Hier handelt es sich um Leute, die sich weigern, irgendeinen Zuschuß für Heilstättenunterbringung oder sonstigen Fürsorgemaßnahmen beizutragen. Eine ganze Reihe von Fällen zeigte absolute Unbelehrbarkeit. Hierbei waren falsche Scham und die Sorge um den Verlust von Stellung und Arbeit die Ursache.

Wir wissen, daß sich die Tuberkuloseerkrankung auf den einzelnen Kranken in materieller und auch in psychischer Hinsicht aufs Schwerste auswirkt. In demselben Augenblick, indem der Tuberkulosekranke von seiner Krankheit Kenntnis erhält, empfindet er mit voller Schwere den wirtschaftlichen Abstieg, den er notwendigerweise erleiden muß. Jede auch nur kurzfristige Krankheit, die mit Arbeitsunfähigkeit verbunden ist, wirkt sich sofort auf die Lebenshaltung aus.

Die Folge davon ist, daß ein großer Teil der tuberkulös Erkrankten es so lange als möglich hinausschiebt, energische Maßnahmen zur Heilung zu treffen oder von den hierzu berufenen Stellen treffen zu lassen. Jeder aber, der sich nicht so früh wie möglich in Behandlung begibt und diese vorschriftsmäßig durchführt, handelt asozial, indem er in seiner

eigenen Person sowie durch Ansteckung anderer die Volksgemeinschaft schwächt. Je mehr der Gedanke der Volksgemeinschaft Gemeingut aller wird, umso schwerer muß dieses asoziale Verhalten gewertet werden.

Vom Tatbestand einer offenen Tuberkulose ausgehend muß somit der Begriff asozial auch auf solche Menschen ausgeweitet werden, die durch die Krankheit eine allmähliche psychische Umwandlung erfahren und durch sie ein volksgemeinschaftswidriges Verhalten zeigen. Augstein, Schnieder, Bochalli und Rösler betonen in Übereinstimmung, daß ein Gemeinschaftsträger durch Erkrankung an Tuberkulose niemals zu einem gemeinschaftswidrigen Menschen umgewandelt wird, sondern daß die gemeinschaftswidrige Einstellung bereits vor der Erkrankung, wenn auch oft verdeckt, bestand. Boening (Stadtroda), bezeichnet diese Menschen als „Situationsversager". Es liegt aber eine Tragik darin, daß z. B. wirtschaftliche Gründe zur asozialen Haltung führen. Die Tragik wird umso größer, je klarer das Bewußtsein der Asozialität ausgeprägt ist. Zu den Asozialen in herkömmlicher Auffassung käme also noch der im wesentlichen, wenn auch nicht allein, durch die Infektionskrankheit asozial Gewordene.

Demgegenüber steht die große Gruppe derjenigen, die aus Fahrlässigkeit oder Böswilligkeit die Maßnahmen und Belehrungen der Fürsorge sabotieren. Hier gibt es Leute, die prinzipiell auf dem Standpunkt stehen, wenn ich unheilbar krank bin, sollen es auch ruhig andere werden. Es gibt schwerkranke Offentuberkulöse, die sich nicht die mindeste Mühe geben, andere Menschen vor sich zu schützen, ja oft geradezu aus einer merkwürdigen seelischen Umwandlung heraus, die der erfahrene Tuberkulosearzt kennt, darauf hinaus gehen, andere zu infizieren. (Kalk). Und da ist es ganz gleich, ob es sich um Bekannte, um Nachbarn, oder um die eigene Ehefrau und die eigenen Kinder handelt. So sind Fälle vorgekommen, wo Tuberkulöse mit ihrem bazillenhaften Auswurf absichtlich überall herumspucken, um andere anzustecken.

Tuberkulöse sollen sogar in das Essen oder in die Betten der Familie gespuckt haben. Andere sollen mit Vorliebe auf Straßen, Treppen, Hausfluren und Kinderspielplätzen in der verwerflichen Hoffnung hinspucken, daß andere dadurch krank werden.

Bei Überprüfung der Quellen stieß ich auf eine bemerkenswerte Berechnung Eiselts (Gablonz) über den Schaden, den ein tuberkulöser Spucker der Allgemeinheit zufügen kann, wenn er die Unschädlichmachung des bazillenhaltigen Auswurfs nicht beachtet oder sich ihr absichtlich widersetzt. Eiselt errechnete approximativ die Sputummengen Offentuberkulöser der Stadt Gablonz. Bei 30000 Einwohner zählte er 188 Offentuberkulöse. Diese 188 Tuberkulösen spuckten nach seiner Anahme jeder pro Tag eine Sputummenge von 50 gr, das sind täglich 9400 gr oder etwa 10 kg. Im Jahre spucken sie 9400 mal 365 = 3441 kg. Rechnet man mit rund 100 kg, dann wären dies etwa 35 hl. Also wurde 35 hl tuberkulöser Auswurf pro Jahr mutmaßlich für Gablonz angenommen. Bei dieser ungeheueren doch ohne Zweifel nicht zu hoch angenommenen Masse von bazillenhaltigem Auswurf kann man sich immerhin einen Begriff machen, wieviel davon bei rücksichtslosem Verhalten des Spuckers in den Staub und in die Luft gelangt und für die Verbreitung der Tuberkulose in Frage kommt. Nach neuen Untersuchungen von Langer in Berlin ist die Gefährlichkeit der Infektion durch tuberkelbazillenhaltigen Straßenstaub erwiesen und betont worden.

Ein weiterer Teil der Asozialen ist dadurch gefährlich, daß sie Untermieter bei sich aufnehmen und diese in ihrem eigenen Zimmer schlafen lassen. Eine besondere Gruppe stellen die asozialen Wanderer mit offener Tuberkulose dar, die sich viel auf öffentlichen Plätzen, in öffentlichen Räumen und Hallen aufhalten, in Herbergen übernachten und durch ihr rücksichtsloses Verhalten äußerst gefährlich sind. Im Winter lassen sie sich ins Krankenhaus aufnehmen, um im Frühjahr

wieder durch Auflehnung gegen die Krankenhausordnung und durch skandalieren ihre Entlassung zu erwirken.

Eine andere Gruppe stellen die Trinker dar mit ihrer offenen Tuberkulose. Die Gewohnheitstrinker sind überhaupt nicht zugänglich, die Quartalssäufer nur zeitweise. Ferner wurden Leute gefunden, die alles ablehnen mit den Worten: Jede Krankheit ist von Gott gesandt, alles ist Fügung und Schicksal, deshalb muß man alles hinnehmen wie es kommt. Es ist von Leuten die Rede, die an die Ansteckungsgefahr nicht glauben wollen und behaupten, sie sind nicht so krank und sie können überhaupt nicht anstecken. Andere wieder verlieren von vornherein jede Lebensenergie, brechen mit allem was gewohnt und vertraut gewesen ist und verlieren sich in Opposition gegen jeden und jedes.

Schließlich sind die Fälle hinreichend bekannt, in denen mit viel Mühe und erheblichen Kosten eine kinderreiche Familie von der Fürsorgestelle „saniert" ist, sodaß Aussicht besteht, die gefährdeten Kinder noch zu gesunden Menschen zu machen, und wo plötzlich der Vater des Kindes erklärt, daß er nun „keine Lust" mehr habe in der Anstalt zu leben, oder in denen eine unverständige Mutter es vor „Sehnsucht" nicht mehr aushält, sie müsse ihre Kinder wieder versorgen und pflegen, oder daß ein Kranker, der seine Entlassung aus der mehr oder weniger freiwilligen Behandlung dadurch erzwingen kann, daß er sich in jeder Hinsicht ungebührlich und unsozial in der Anstalt aufführt.

Die ziffernmäßigen Angaben über die asozialen Schwindsüchtigen sind nicht allzu zahlreich. Nach Braeuning kamen 1930 auf 100 offene Tuberkulöse 5 Asoziale, und Augstein gab im gleichen Jahre auf 100 8,4 Fälle an. Heisig schätzte im Juni 1935 die Zahl der gemeinschaftsgefährlichen ansteckend Tuberkulösen auf 3 bis 4 je 100000 Einwohner. Nach Braeuning sind 1935 in Stetin auf 100000 Einwohner 10 bis 15 Offentuberkulöse in Isolierungsabteilungen. Er glaubt, daß sich die Zahl auf 30 erhöhen würde, wenn alle die Kranken,

denen eine Isolierung empfohlen wird den Rat befolgen würden. Walter schätzt die Zahl der Offentuberkulösen in Deutschland auf 300 bis 400000 (Deutsche Tuberkulosetagung am 13. 6. 1935). Dann würden wir auf diese Summe berechnet 20000 Asoziale haben. Rechnen wir nun ganz niedrig den Familienstand dieser Asozialen zu 3 Personen dann würden allein durch diese Asozialen im Jahre 40000 Neuerkrankungen auftreten. Das bedeutet eine ungeheuere Gefahr für das Volksganze.

Fs ist unsere Pflicht diese Gefahr abzuwenden. Robert Koch betonte beim Empfang des Nobelpreises, daß die Tuberkulösen sehr rasch abnehmen würden, wenn es möglich wäre, sie sämtlich in ein Krankenhaus unterzubringen und damit verhältnismäßig unschädlich zu machen. Es sind auch Versuche gemacht worden besondere Siechenhäuser für Tuberkulöse zu errichten. Im Jahre 1903 wurde als erstes das Invalidenheim Großhansdorf errichtet, an das die L. V. A. der Hansestädte große Erwartungen für die Unschädlichmachung der Bazillenstreuer geknüpft hatten. In Nürnberg ist seit dem Jahre 1922 ein Tuberkulosensiechenheim für Männer und Frauen in Betrieb. In Stettin ist im Jahre 1924 von der Stadt ein Heim mit 20 Betten für Frauen und Mädchen eingerichtet worden.

Im Jahre 1909 warnte ein Rundschreiben des Reichsgesundheitsrates vor der Errichtung von Siechenhäusern und Invalidenheimen für Tuberkulöse und empfahl die Gründung von Tuberkulosekrankenhäusern. Derartige Anstalten sind dann auch in großer Zahl errichtet worden. Als Beispiele seien die Tuberkulosenkrankenhäuser der Stadt Stettin (Hohenkrug), der Stadt Hannover (Heidehaus), der Stadt Berlin (Waldhaus Charlottenburg), in Beetz-Sommerfeld und der Stadt Breslau (Heilstätte Herrnprotsch) erwähnt. Die L. V. A. Rheinprovinz hat in mehr als 50 ländlichen Allgemeinkrankenhäusern besondere Tuberkuloseabteilungen eingerichtet, um die Asylierung der Tuberkulösen zu fördern. Goldmann

aber konnte zeigen, daß diese Einrichtungen das Problem der Dauerunterbringung, vor allem derjenigen Tuberkulösen nicht zu lösen vermögen, die jeder fürsorgerischen Einwirkung spotten und in Haus und Beruf eine große Gefahr für die Umgebung bilden.

Ist nun auf Grund irgendwelcher gesetzlichen Bestimmungen die zwangsweise Überführung eines Offentuberkulösen in ein Krankenhaus möglich? Das preuß. Tuberkulosegesetz sieht bekanntlich eine solche Zwangsmaßnahme nicht vor. Sozialversicherungsgesetze (z. B. § 184 Abs. 3 Ziffer 2 der Reichsversicherungsordnung und § 11 des Reichsversorgungsgesetzes) geben die Möglichkeit, einen Kranken auch ohne seine Zustimmung in ein Krankenhaus einzuweisen, wenn die Krankheit ansteckend ist. Hier handelt es sich jedoch nur um Kannbestimmungen, von denen die Krankenkassen nur in den allerseltensten Fällen Gebrauch machen. Die Bezirksfürsorgeverbände können solche Zwangsmaßnahmen nicht verfügen. Das einzige Gesetz, welches die Zwangsasylierung Offentuberkulöser gestattet ist das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz und zwar, soweit Minderjährige in Frage kommen.

Nach Ickert liegt sittliche Verwahrlosung vor, wenn ein offentuberkulöser Minderjähriger trotz ärztlicher Ermahnung und Einwirkung der Erziehungsberechtigten sich beharrlich weigert, den Anforderungen zum Schutz seiner Umgebung nachzukommen. Über sittlich verwahrloste ist ohne weiteres durch das allgemein bekannte Verfahren Fürsorgeerziehung zu verhängen.

Wenn die zwangsweise Entfernung eines asozialen Kranken aus dem Haushalt nur selten möglich ist, so steht uns ein Weg offen, die gesunden Kinder aus dem Bereich des Offentuberkulösen zu entfernen. Es ist nämlich gestattet, in Fällen von asozialen Verhaltens der Eltern von einer körperlichen Verwahrlosung der Kinder zu sprechen. Die Kinder können dann nach § 62 und 63 des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes zwangsweise anderorts geeignet untergebracht werden.

Wenn umgekehrt asoziale Menschen sich weigern für ihre Kinder die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen oder durchführen zu lassen, kann ihnen nach § 1666 des B. G. B. für ihre Kinder das Sorgerecht entzogen werden. Damit ist aber die Liste der in Frage kommenden gesetzlichen Bestimmungen erschöpft.

Schon vor Jahren wurde von sachverständiger Seite die Forderung nach Zwangsmaßnahmen in der Tuberkulosebekämpfung für Deutschland erhoben. Die Verwirklichung dieser gesetzlichen Maßnahmen war aber bisher nicht möglich, solange in jedem Gliedstaate Deutschlands eine Sonderauffassung über die Ziele und Wege der Tuberkulosebekämpfung herrschte. Bereits auf dem Fürsorgestellentag 1919 in Berlin haben sich Kayserling und Blümel für die gesetzliche Festlegung der Zwangsasylierung für bestimmte Fälle von Offentuberkulösen ausgesprochen. In späteren Jahren waren es vorwiegend Krutzsch und Ickert, die immer wieder auf die Notwendigkeit des Zwanges in der Tuberkulosebekämpfung hinwiesen und Vorschläge zur Verschärfung der Tuberkulosegesetzgebung machten. Die Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte und der Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte hat im Januar 1927 ebenfalls strengere Durchführung der Seuchenkampfmaßnahmen vorgeschlagen. In neuerer Zeit sind es Augstein, Baer, Frantz, Kalk, Kreuser und Deuster, Landau, Neisser, Ritter u. Rösler, die energisch gesetzliche Maßnahmen gegen gemeinschaftswidrige Schwindsüchtige fordern.

In einigen deutschen Ländern hat man sich dieser Konsequenz des Seuchenkampfgedankens bei der Gesetzgebung mehr oder weniger nicht verschlossen. In Württemberg können die Fürsorgestellen der Weiterverbreitung der Tuberkelbazillen mit Hilfe der Ortspolizei energisch entgegentreten. Das Polizeistrafgesetzbuch bietet die Möglichkeit der Zwangsinternierung bei mangelhafter Durchführung der angeordneten sanitären Maßnahmen. In Baden ist die Bekämp

fung der Tuberkulose durch die Verordnung betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten geregelt. Hier kann Krankenhausabsonderung angeordnet werden. Man plant jetzt für Württemberg und Baden die gemeinsame Unterbringung der Asozialen in einer Form, daß sie der Allgemeinheit keinen Schaden und auch keine allzu hohen Kosten verursachen, nämlich in Anlehnung an die Arbeitshäuser und Konzentrationslager.

Wie Schmidt (Heidelberg) berichtet, gibt es nach einer groben Aufstellung von Steiniger (Heidelberg), in Baden etwa 60 bis 80 Asoziale, für die diese Maßnahme in Frage kommt. Ferner hat man für beide Länder eine Arbeitsheilstätte errichtet, in der Offentuberkulöse, in ihrem augenblicklichen Zustande ausgeglichene, nicht mehr heilverfahrensfähige Kranke billigst untergebracht werden. Man gibt dabei der Hoffnung Ausdruck, den einen oder anderen an der Grenze der Asozialität Stehenden für eine Besserung seiner Situation zu interessieren und andererseits ungeeignete Menschen aus den Siedlungen herauszunehmen und in die Verwahrungslager zu überführen.

Im bayerischen Regierungsbezirk Schwaben ist es durch die einheitliche Zusammenfassung aller an Tuberkulosebekämpfung interessierten und beteiligten Stellen gelungen, eine umfassende Organisation für Tuberkulosbekämpfung aufzubauen. Die Lücke in der Tuberkulosebekämpfung, Säumige zu geeigneter Zeit zwangsweise zur Untersuchung heranzuziehen ist hier ausgefüllt durch die Möglichkeit mittels der Behörden, in schwersten Fällen durch die politische Polizei, solche Beeinflussung auszuüben, daß Widersetzlichkeiten ausgeschaltet werden. (Griesbach, öffentlicher Gesundheitsdienst Jg. 1 Heft 18).

In Thüringen besteht seit dem Inkrafttraten der Thüringischen Landesseuchenverordnung vom 18. 9. 1930 die Möglichkeit asoziale Tuberkulöse mit Zwang abzusondern. Es fehlte aber an geeigneten Unterkunftsräumen für solche Kranke.

Im Oktober 1934 konnte man in Stadroda nunmehr für zwangsweise Absonderung Offentuberkulöser eine Abteilung errichten. Die Kranken genießen hier, wie der Leiter der Station Heisig, berichtet, eine ihrer sozialen Lage bei häuslicher Absonderung entsprechende ärztliche und allgemeine Pflege zu dem außerordentlich niedrigen Tagessatz von 2,40 Rm.

Es ist zu hoffen, daß diese von vielen Tuberkuloseärzten schon seit Jahren geforderte Neueinrichtung auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung zu einem großen Gewinn für die gesamte Tuberkulosebekämpfung wird. Heisig begründet diese Erwartung damit, daß man nunmehr bei eigenmächtigem Kurabbruch einer Absonderungsnotwendigkeit nicht mehr machtlos gegenüber steht, ferner daß sich in Zukunft Verstöße gegen die Hausordnung in den Heilstätten aus Furcht vor Zwangsmaßnahmen seltener ereignen werden, und daß sich so die durchschnittliche Kurdauer verlängert und damit Kostenaufwand und Kurerfolg in das richtige Verhältnis treten, zumal es sich hier sehr häufig um aussichtsreiche Fälle handelt. Schließlich wird die Möglichkeit der Zwangsasylierung noch dazu beitragen, daß widerspenstige Tuberkulöse die Anordnungen der Fürsorgeärzte und Fürsorgerinnen besser zu befolgen.

Die Zeit seit Bestehen der Asylierungsstation in Stadtroda ist natürlich noch zu kurz, um ausreichend festzustellen, in wieweit sich diese Erwartungen erfüllen werden. Heisig konnte allerdings schon nach 8 Monaten seit Bestehen der Abteilung auf der 3. Jahresversammlung der Vereinigung Deutscher Tuberkuloseärzte im Juni 1935 berichten, daß die Fernwirkungen der Stadtrodaer Abteilung bei weitem seine Erwartungen übertreffen. In gleicher Weise äußerte sich auch Krutzsch.

Das Saarland hatte seit 1925 ein Gesetz, welches die zwangsweise Einweisung solcher tuberkulösen Kranken ermöglichte, die durch unhygienisches und asoziales Verhalten bei ungenügender häuslicher Isolierung eine Gefahr für ihre Um-

gebung bilden. Dietlen berichtet aus Homburg (Saar), daß in der dortigen Krankenabteilung auf rund 60 bis 70 Tuberkulöse durchschnittlich 2 bis 3 zwangsweise Eingewiesene kamen. Nach seiner Ansicht hat die Zwangsisolierung nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn die betreffenden Kranken getrennt von den übrigen Tuberkulösen und in einer geschlossenen Anstalt untergebracht werden, wenn man weiter eine disziplinarische Gewalt über sie hat, und wenn sie schließlich außer mit Kurverordnungen auch sonst irgendwie beschäftigt werden können.

Die Provinz Brandenburg hat in der Landesanstalt Treuenbrietzen eine Abteilung für asoziale Tuberkulöse eingerichtet, um Entlassungen aus disziplinären Gründen vermeiden zu können.

In Lippe-Detmold kann der Kreisarzt bei mangelhafter Durchführung der zur Verhütung der Weiterverbreitung angeordneten Maßnahmen Überführung in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen geeigneten anderen Unterkunftsraum anordnen.

In Bremen kann durch Medizinalverordnungen zwangsweise Absonderungen bei allen ansteckenden Krankheiten verfügt werden.

Lübeck hat keine gesetzlichen Bestimmungen. Es kann aber durch das Gesundheitsamt für das von der Fürsorge als notwendig erachtete zwangsweise Durchführung erfolgen.

Die Gesetze im Ausland sind z. T. weitgehender als bei uns in Deutschland. In Norwegen ist nach dem Tuberkulosegesetz von 1900 Zwangsisolierung möglich, falls der Kranke oder seine Umgebung nicht die nötigen Maßnahmen treffen.

In Dänemark besteht das Recht bei besonderer Gefahr der Übertragung, Tuberkulöse auf öffentliche Kosten in ein Krankenhaus zu überführen. Tuberkulöse Lehrer mit $^2/_3$ des Entlassungsgehaltes pensioniert. Der Isolierung von Offen-

tuberkulösen stehen durch ausreichenden Staatszuschuß keine Schwierigkeiten entgegen.

In der Schweiz wird die zwangsweise Hospitalisierung der offenen Tuberkulösen durchgeführt, wenn ein Schutz der Umgebung nicht möglich ist. Ferner besteht Verbot der gemeinsamen Arbeit solcher Personen mit Gesunden für die Dauer ihres gefährdeten Zustandes mit, wo nötig, gesetzlicher Entschädigung.

In England und Frankreich bestehen, soweit aus der Literatur ersichtbar, keine gesetzlichen Bestimmungen über Zwangsmaßnahmen gegen asoziale Tuberkulöse.

In Amerika (USA) dagegen hat eine Reihe der Staaten die Gesundheitsbehörde berechtigt, Schwertuberkulöse gegen ihren Willen, wenn es die Wohnungsverhältnisse erfordern in Hospitälern zu isolieren. In New York besteht an öffentlichen Orten ein Spuckverbot.

Das Japanische Tuberkulosegesetz ermöglicht eine zwangsweise Untersuchung von Krankheitsverdächtigen und zwangsweise Absonderung von ansteckend Tuberkulösen, wobei die Angehörigen einen entsprechenden Entschädigungsanspruch haben.

Es befinden sich also in den Gesetzesbestimmungen des Auslandes Maßnahmen gegen Einsichtsmangel, Bequemlichkeit, Gleichgültigkeit, Eigenutz und Widersetzlichkeit von Tuberkulösen, für deren Durchführung in Deutschland noch keine einheitlichen Gesetze bestehen. Die Gesetze des Auslandes sind wohl geeignet, die Forderung nach einer reichsgesetzlichen Regelung zu unterstreichen, für ihre Durchführung manche Hinweise zu geben und als Schutzmaßregel gegen Tuberkulose im besonderen gegen Kintertuberkulose zu dienen.

Die Tuberkulose ist eine der gefährlichsten Feinde für die Erhaltung und Höherentwicklung unserer Rasse. Durch die Schwächung der Körperkraft und den frühen Tod wirkt sie einschränkend auf die Zahl und die Dauer der Ehen und damit auf die Kinderzahl. Hierzu kommt die Auswirkung der

Ansteckung auf den Ehepartner und die Kinder, die sich teils auf die Geburtenzahl, noch stärker jedoch auf das Großwerden der Kinder auswirkt. Dazu kommt weiter die Ansteckung fremder Personen. Diese ist nicht nur als Ansteckung eines einzelnen Menschen, sondern als Hineintragen der Tuberkulose in eine ganze Familiengemeinschaft zu werten.

Das Fehlen der gesetzlichen Möglichkeit, in Deutschland asoziale Personen zwangsweise auf das Vorhandensein einer ansteckungsfähigen Tuberkulose ärztlich untersuchen zu lassen und Schwertuberkulöse gegen ihren Willen abzusondern, wirkt sich somit besonders verhängnisvoll in der Familie aus. Kalk, Berlin, zeigt an einer Reihe von Beispielen aus dem Horst-Wesselkrankenhaus in Friedrichshain das furchtbare Unglück, das uneinsichtige und rücksichtslose schwerkranke Tuberkulöse in der Familie anrichten können und sagt: „Wir müssen es immer wieder mit ansehen, wie ein solcher Kranker trotz allen Zuredens das Krankenhaus verläßt und sich in seine Familie zurückbegibt, wo er mit seiner Frau und seinen kleinen Kindern in den primitivsten, engsten räumlichen Verhältnissen zusammenlebt und oft genug für diese der Bringer des Todeskeimes wird."

Daß die Ansteckungsmöglichkeiten für die Ehegatten und Kinder Tuberkulöser größer sind als für die übrige Bevölkerung ist über jeden Zweifel erhaben. Ich darf mich damit begnügen auf die sorgfältigen Untersuchungeu von Weinberg, Biermann, Altstädt, Effler, Braeuning und Neumann zu verweisen. Die Untersuchungen über Tuberkulose in der Ehe und Familie zeigen eine Parallelität zwischen dem Grade der Exposition und der tuberkulösen Durchseuchung (Schmidt-Grandhomme 9. Jahresversammlung der Ges. Deutsch. Tuberkulosefürsorgeärzte 1930). Redeker erwähnt in seinem Lehrbuch der Kindertuberkulose, daß Kinder, die sofort nach der Geburt von den Tuberkulösen getrennt werden im allgemeinen nicht an Tuberkulose erkranken. Geissler berichtet, daß sowohl die Infektionen als auch die Tuberkulose-

sterbefälle der von ihm beobachteten Säuglingen Offentuberkulöser bis zum 2. Lebensjahre ganz erheblich geringer waren, wenn der Offentuberkulöse etwa die Hälfte des Jahres außer Hause war, als wenn er sich das ganze Jahr im Hause befand. (33,3% zu 76% für die Infektionen und 16% zu 24% für die Sterbefälle.)

Die Angaben über die Beziehungen zwischen dem Alter des Kindes und dem Grade seiner Gefährdung weichen beträchtlich voneinander ab. Nach Pollak liegt die Grenze der erhöhten Gefährdung (Tod. manifeste Erkrankung) ungefähr im 4. Lebensjahr. Auch Barchetti findet unter den biologisch positiv reagierenden Kindern, die bis 4jährigen meist auch klinisch tuberkulös. Nach Bergmanns Erfahrungen liegt die Grenze der erhöhten Gefährdung etwa im 7. Lebensjahre, bei tödlichen Erkrankungen ging jedoch oft eine Exposition innerhalb der ersten 4 Lebensjahre voraus. Daß jedoch auch erst nach spät erfolgenden Infektionen manifeste Erkrankungen auftreten können, zeigen die Beobachtungen von Moro und Volkmar sowie Redekers. Die Durchsicht der reichen Literatur auf diesen Gegenstand (Redeker, Kleinschmidt) ergibt die Schwierigkeit der Vergleichung der teils aus Kliniken, teils aus Fürsorgestellen gewonnenen Kenntnisse. Bei den ersteren handelt es sich ja um besonders ausgewählte Kinder, bei den letzteren um Erfahrungen aus dem Kinderstande tuberkulöser Familien ohne Auswahl, ergänzt durch tatsächliche Erhebungen und Untersuchungen der Erwachsenen. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß die klarere Einsicht in die Verhältnisse aus den Fürsorgestellen gewonnen werden kann.

Über die Beziehungen zwischen Infektion und Infektionsträger liegen ebenfalls zahlreiche Mitteilungen vor (Weinberg, Dörner, Rockenbach, Fischer, Kreismann, Fürbringer, Koffler, Falk, Calmette u. a.). Auch hier weichen die Angaben voneinander ab je nach dem Ausgangspunkte der Beobachtung. Weinberg ging in seinen grundlegenden Arbeiten von den

Todesregistern der Stadt Stuttgart aus. Andere Autoren haben ganze Ortschaften untersucht; ein Teil der Beobachtungen nimmt den Ausgangspunkt vom kranken Kinde, ein anderer von der Fürsorge. Wenn also die Ergebnisse einer nach einheitlicher Methode arbeitenden Sammelforschung erst abzuwarten sind, so muß im Einzelfall doch davon ausgegangen werden, daß die bazillenstreuende Mutter für den Neugeborenen die ernsteste Gefahrenquelle bildet. Ob dies auch für das spätere Säuglings- und Kleinkinderalter allgemeine Geltung besitzt, ist nicht einheitlich festzustellen. Jedenfalls ergibt sich für das Säuglings- und Kleinkinderalter als fürsorgerische Notwendigkeit die möglichste Trennung vom Infektionsherd. Speziell die neuen Erfahrungen über das außerordentlich häufige Vorkommen der offenen Tuberkulose im Säuglings- und Kleinkinderalter sprechen für die Notwendigkeit dieser Maßnahmen.

Die Tuberkulose wird von 3 Faktoren etwa in gleicher Wirkungsweise beherrscht, vom Zeitpunkt und der Art der Infektion, von Umweltsfaktoren und der Konstitution. Je nach dem Überwiegen des einen oder anderen Faktors wird aus der Tuberkuloseinfektion eine tuberkulöse Erkrankung. Unter den Umweltsfaktoren spielt das Wohnungswesen bekanntlich eine Hauptrolle. Braeuning konnte zeigen, daß in unhygienischen Haushaltungen, also in solchen mit erhöhter Exposition, 3,7mal soviel Angehörige an Tuberknlose erkranken als in hygienischen.

Als Grundlage für das fürsorgerische Eingreifen hat Braeuning das „tuberkulöse Milieu“ folgendermaßen definiert: Verhältnismäßig kleine Wohnung ohne eigenen Wohn- und Schlafraum für den Kranken, solange in ihr ein Offentuberkulöser mit katarrhlichen Geräuschen über die Lunge und, wenn möglich, in den Hustentröpfchen nachgewiesenen Bazillen lebt. In Bezug auf die räumliche Trennung sind mit Braeuning als hygienisch einwandfreie Wohnungen solche zu verstehen, in denen der Offentuberkulöse einen eigenen Schlafraum, zu mindestens aber ein eigenes Bett besitzt, das in ge-

nügender Entfernung (2 mtr.) aufgestellt ist. Eine Mittelstellung nehmen jene Wohngemeinschaften ein, bei denen auch Kinder mit dem Offentuberkulösen in einem Raum, jedoch bei getrennten und genügend distanzierter Bettaufstellung schlafen. Hygienisch nicht einwandfrei sind alle sonstigen Wohngemeinschaften. Die Gefahr der Ansteckung wird also wesentlich von der Dichte des Zusammenlebens des Bazillenträgers mit seiner Umgebung bestimmt. Die häuslichen Verhältnisse eines großen Teiles unseres Volkes sind noch so beschaffen, daß sie geradezu optimale Ansteckungsbedingungen darstellen. An der Enge des Wohnraumes und der Dürftigkeit der Ausstattung scheitert natürlich auch alle Aufklärung über Hygiene.

Wenn es gelingt, das Zusammenleben der Familie mit dem Kranken gemäß den wesentlichen fürsorgerischen Grundsätzen zu gestalten, so kann viel neues Unglück verhütet werden. Von Bedeutung ist in erster Linie die offene Aufklärung sowohl des Kranken selbst, wie sämtlicher im Familienverbande lebender Erwachsener, daß es sich um eine offene Tuberkulose, somit um ein ansteckungsfähiges Leiden handelt; von größter praktischer Bedeutung ist die zweckmäßigste räumliche Unterbringung des Kranken, damit beim Husten eine Tröpfcheninfektion ausgeschlossen.

In der Erkenntnis, daß neben der Bedeutung von Konstitutions- und Umweltsfaktoren der Tuberkelbazillus für die Entstehung und den Verlauf der Tuberkulose entscheidend ist, haben wir es in ausreichendem Maße in der Hand, die besonderen Gefahren, die für die Familienangehörigen eines Tuberkulösen bestehen, durch hygienische, erzieherische und wirtschaftliche Maßnahmen zu verhüten, solange wir es mit Menschen zu tun haben, die einsichtig und verantwortungsbewußt sind und sich den Maßnahmen der Seuchenbekämpfung nicht widersetzen.

Die ganze Erschwerung der Tuberkulosebekämpfung in der Familie wird uns aber klar, wenn wir uns neben erhöhter Exposition die oben angeführten Erscheinungsformen asozialen

Verhaltens offentuberkulöser Familienangehörigen vor Augen führen. Durch sie müssen alle Maßnahmen der Fürsorge, auch wenn sie in noch so vollkommener Form durchzuführen wären, illusorisch bleiben. Es ist daher von Bedeutung, überall diese Erschwerung der Tuberkulosebekämpfung in asozialen tuberkulösen Familien festzustellen und die Notwendigkeit der Beseitigung dieses Schadens am Volkskörper klarzulegen. Unter diesem Gesichtspunkte möchte ich hier die diesbezüglichen Verhältnisse aus der Stadt Görlitz anführen.

In Görlitz konnte man von 94815 Einwohnern mit 31000 Haushaltungen, gestützt auf Feststellungen der Polizeiverwaltung, des Bezirksfürsorgeverbandes, des Jugendamtes und des städt. Gesundheitsamtes insgesamt 72 asoziale Familien namhaft machen, die insgesamt 343 Personen, das sind 0,4% der Einwohnerzahl und 0,2% der Haushaltungen umfassen. In diesen Familien finden sich Trinker, Schwachsinnige, Epileptiker, Prostituierte, Zuhälter, Vorbestrafte, Arbeitshäusler, Arbeitsscheue und Leute, die in Fürsorgeerziehung gestanden haben, und schließlich solche, die im Konzentrationslager waren oder noch sind. Sämtliche asozialen Familien sind im Sinne der Fürsorgepflichtverordnung schon jahrelang hilfsbedürftig.

Da die in Frage kommenden Familienmitglieder sich aus Arbeitsscheu oder auch infolge körperlicher Unzulänglichkeit bei jeder Arbeitszuweisung krank melden, wurden im Auftrage des Bezirksfürsorgeverbandes (Arbeitsbeschaffungsamt) in den letzten 8 Monaten im städt. Gesundheitsamt insgesamt 60 Personen im Alter von 26 bis 54 Jahren aus asozialen Familien wiederholt untersucht. Bei diesen Untersuchungen wurde auch besonders nach Lungentuberkulose gefahndet und im Verdachtsfalle eine röntgenologische Untersuchung vorgenommen.

Abgesehen von den Asozialen, die uns schon als tuberkulös bekannt waren, wurde in keinem Falle eine ansteckende Lungentuberkulose festgestellt. Die Mehrzahl der Untersuchten sind körperlich schlecht entwickelte, schwächliche, wenig

widerstandsfähige und vorwiegend psychopathische Menschen. Unterernährung besteht nur in einzelnen Fällen und zwar in solchen, wo Unwirtschaftlichkeit und mangelhafte häusliche Pflege die Ursache sind.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zeigten die Untersuchungen folgendes Ergebnis: 18,3% waren arbeitsfähig, 45% waren mehrfach vorübergehend arbeitsunfähig und 36,7% sind dauernd arbeitsunfähig. Der hohe Prozentsatz dauernder und vorübergehender Arbeitsunfähigkeit spricht für den schlechten Gesundheitszustand dieser Leute, der das Produkt einer minderwertigen Erbmasse und die Folge einer unzweckmäßigen, der Familie und der eigenen Person gegenüber verantwortungslosen Lebensführung darstellt. Man kann sagen, daß der Gesundheitszustand der uns bekannten asozialen Familienmitglieder diese im besten Falle knapp dazu befähigt, ihren Lebensunterhalt durch körperliche Arbeit zu erwerben. Sie sind weder aus eigener Kraft dazu im Stande noch Willens ihre Lebenshaltung zu bessern und fristen auf Kosten der Allgemeinheit ein unproduktives Dasein.

Betrachten wir uns noch den Gesundheitszustand der Kinder in asozialen Familien, so sehen wir, daß der Nachwuchs dieser Menschen natürlicherweise nicht anders ist als sie selbst sind. Durch genügend Lockmittel in Form von Puder, Wäsche und Kleidungsstücken, Kräftigungsmittel und Lebensmittel ist es möglich, die Kinder der asozialen Familien vom 1. bis 6. Lebensjahre in Beobachtung der Säuglings- und Kleinkinder-Fürsorgestelle zu halten. Auf sie fallen in auffallenderweise die häufigsten Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane. Neben mangelhafter und unsachgemäßer Pflege kommt ihre geringe natürliche Widerstandsfähigkeit hier als Ursache in Betracht. Die Mütter nehmen wohl gerne unsere Zugaben, aber nicht unsere Ratschläge an. Sobald die Kinder von der Mutterbrust kommen, macht das widerspenstige, uneinsichtige und verantwortungslose Verhalten der Mütter gegenüber den Ratschlägen der Fürsorge die in den

ersten Lebensmonaten der Kinder immerhin erzielten Erfolge der Beratungsstelle schnell zunichte. Bald spiegelt sich die schlechte Pflege und Haushaltführung im Allgemeinbefinden und in der weiteren Entwicklung des Kindes wieder. Während andere Kinder aufblühen und sich zu brauchbaren Menschen entwickeln können, kränkeln diejenigen Kinder dauernd, deren Eltern ohne Verantwortungsgefühl sind und sich um eine ordnungsmäßige Aufzucht ihrer Kinder wenig Sorge machen.

Die schulpflichtigen Kinder der Asozialen stehen in schulärztlicher Beobachtung. Bei ihnen sind die Folgen minderwertiger Erbmasse und mangelhafter Aufzucht noch deutlicher als im frühen Kindesalter. Ihre geistigen Leistungen liegen in keinem einzigen Falle über dem Durchschnitt. 29% der Kinder aus asozialen Familien sind Hilfsschüler. Dagegen kommen auf 100 Görlitzer Volksschulkinder aus sozialen Familien nur 2 Hilfsschüler. Körperlich bieten sie das Bild einer allgemeinen Entwicklungshemmung bei meist dürftigem Ernährungszustand. Auch hier werden Unterernährungen nur vereinzelt beobachtet. Ihrem gesamten Gesundheitszustande entsprechend dürften sie gegen eine tuberkulöse Infektion nur geringe Widerstandskraft besitzen. In diesem Sinne sind sie durchweg tuberkulös gefährdet.

Die asozialen Familien sind ohne Zweifel neben ihrer psychischen Minderwertigkeit auch körperlich minderwertig und ihre geringe natürliche Widerstandskraft spielt für die Verbreitung von Infektionskrankheiten eine bedeutsame Rolle. Heute gilt es mehr als je, der gesunden Erbmasse zum Durchbruch zu verhelfen, sodann aber ihr die nötige und richtige Pflege und Abwehrkraft gegen alle Gefahren der Umgebung zuteil werden zu lassen.

Die Frage ob es angezeigt ist, die in Bezug auf ihre körperliche und psychische Erbmasse minderwertigen Menschen durch große Geldmittel zu erhalten, dürfte wohl angesichts unserer Bevölkerungspolitik ohne weiteres zu verneinen sein. Trotzdem können wir es bei den Kindern der Asozialen im

Interesse der Allgemeinheit nicht unversucht lassen, ihre Resistenz gegen Infektionskrankheiten zu erhöhen. Durch Höhensonnenbestrahlung und Verabreichung von Lebertran — beide Mittel stehen in den Fürsorgestellen der Stadt Görlitz bei verhältnismäßig geringem Kostenaufwand zur Verfügung — haben wir in dieser Hinsicht günstige Erfolge zu verzeichnen. Die Bedingungen für die Tuberkuloseinfektion und für die Tuberkuloseerkrankung sind in asozialen Familien durch ihre körperliche Minderwertigkeit günstig. Hinzu kommt noch, daß bei rund 67% der in Görlitz bekannten asozialen Familien die Wohnungsverhältnisse derart schlecht sind, daß auf diese im Falle einer Erkrankung an offener Tuberkulose der Begriff des „tuberkulösen Milieus" in Anwendung kommt. Innerhalb einer solchen Familie kann allein hierdurch die Krankheit schnellste Verbreitung finden.

Unsere Erfahrungen über Uneinsichtigkeit und Böswilligkeit in der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge zeigen, daß in einer asozialen Familie Belehrung und Fürsorge meist zwecklose Bemühungen sind. Dafür einige Beispiele:

2 Mütter weigerten sich ihre atrophischen Säuglinge in Heimbehandlung zu geben. Selbst vollkommen unfähig, irgendwelche Heilmaßnahmen durchzuführen, lehnten sie jede Behandlung ab. Beide Kinder starben in kürzester Zeit. Im April 1933 erkrankte ein 2jähriges Kind gesunder Eltern an Hüftgelenkstuberkulose. Die Mutter lehnte jede Behandlung ab. Erst nachdem mit Sorgerechtsentziehung (§ 1666 d. B. G. B.) gedroht worden war, konnte das Kind 6 Monate nach Feststellung der Krankheit in ein Krüppelheim gegeben werden. Diese spät einsetzende Behandlung hatte schlechten Heilerfolg zur Folge: Das Hüftgelenk ist jetzt versteift und das Bein 5 cm kürzer.

Ebenso deutlich macht sich in der Geschlechtskrankenfürsorge die Widersetzlichkeit der asozialen Familien gegen Maßnahmen, die dem Schutze der Allgemeinheit dienen, bemerkbar. Auf Grund des Gesetzes zur Bekämpfung der Ge-

schlechtskrankheiten vom Febr. 1927 sind wir bekanntlich in der glücklichen Lage, hier Zwangsuntersuchungen und Zwangsbehandlungen durchzuführen. Aus 17 asozialen Familien stehen insgesamt 52 Personen in Betreuung der Geschlechtskrankenfürsorge. In 33 Krankheitsfällen an Gonorrhoe nnd Lues (Gonorrhoe 22 Fälle, Lues 11 Fälle) kamen in den letzten $2\,^1/_2$ Jahren insgesamt 25 Zwangsmaßnahmen zur Durchführung, davon 19 Zwangsbehandlungen 6 zwangsweise Nachuntersuchungen. Von 32 Kindern wurden 7 infiziert, 5 an Gonorrhoe und 2 an Lues. Die gemeinschaftswidrige Gesinnung von 6 dieser Träger einer ansteckenden Krankheit geht besonders aus der Tatsache hervor, daß sie es in einem Krankheitsfalle auf mehrere Zwangsmaßnahmen ankommen ließen. 2 von ihnen wurden zweimal, 2 dreimal und 2 viermal in ein und demselben Krankheitsfalle der Zwangsbehandlung zugeführt. Diese Tatsachen zeigen, daß sowohl die bloße Möglichkeit zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen als auch eine bereits durchgeführte Zwangsbehandlung nicht einmal genügt, asoziale Personen den Maßnahmen der Seuchenbekämpfung gefügig zu machen und sie einer Behandlung zuzuführen, von der man ihnen sichere Heilung versprechen kann. Zahlreiche Ansteckungen, die sie auf dem Gewissen haben, bleiben obendrein anfänglich verborgen und zeigen erst spät ihre schädlichen Auswirkungen.

In tuberkulösen asozialen Familien liegen die Verhältnisse nicht weniger traurig. Die Tuberkulose tritt hier als Infektionskrankheit schwerer in Erscheinung. Die Infektionsgefahr für die Mitglieder der Familie eines rücksichtslosen Husters und Spuckers ist weit größer, das Schicksal der erkrankten Ehegatten, Kinder oder Geschwister weit verhängnisvoller und die Heilungsaussichten sind weit geringer als bei anderen Infektionskrankheiten. Die Tuberkulosefürsorgestelle in Görlitz betreut 283 überwachungsbedürftige Tuberkulöse, von denen 101 bazillär offen sind. Nach unseren Erfahrungen befolgen etwa 70% aller Tuberkulösen die Anordnungen der

Fürsorge gern und verständnisvoll, etwa 15% sind nur anfänglich ohne jedes Verständnis, können aber bei entsprechender Mühe dazu erzogen werden, daß sie sich einwandfrei verhalten. Nach meinen obigen Ausführungen ist jeder als asozial zu bezeichnen, der nicht zu allen Maßnahmen bereit ist, durch die die übrige Volksgemeinschaft vor Ansteckung geschützt wird. Von den 101 Offentuberkulösen sind 7 Alleinstehende und 7 Mitglieder einer Familiengemeinschaft durch ihr asoziales Verhalten bekannt. In Görlitz kommen also auf rund 100 Offentuberkulöse 14 Asoziale.

Als Beitrag zu dem Tatsachenmaterial der obengenanten Autoren möchte ich die Verhältnisse der Görlitzer asozialen tuberkulösen Familien hier anführen:

1. Familie R. Familienvater 40jähriger Hilfsarbeiter, an allen behördlichen Stellen als besonders widersetzlich und arbeitsscheu bekannt, stammt aus berüchtigter asozialer Familie. Eine jüngere Schwester starb 1928 an Lungentuberkulose. Eine andere Schwester leidet an offener Lungentuberkulose und steht im Verdacht der gewerblichen Unzucht nachzugehen. Die Ehefrau war von 1923 bis 1925 offentuberkulös. Das Ehepaar hat 5 Kinder im Alter von 11, 9, 8, 7 und 6 Jahren. Sie sind alle auffallend schwächlich und minderbegabt. Die Kinder fürchten ihren rohen Vater. In der Schule und auch anderweitig sind sie schon ausnahmslos durch schlechteste Charakteranlagen aufgefallen.

Im August 1934 wurde bei dem Vater offene Lungentuberkulose festgestellt. In der ersten Zeit seiner Erkrankung war er wider Erwarten einsichtig, versprach jede Vorsicht in der Familie und bat fast flehentlich um Heilbehandlung. Im Dezember 1934 brach er nach sechswöchentlicher Heilbehandlung die Kur eigenmächtig ab und wurde aus der Heilstätte als besonders widersetzlich gemeldet. Er kehrte in die Familie zurück, die zwei kleine Räume mit 3 Betten für 7 Personen bewohnte. Der Kranke war jetzt widersetzlicher denn je. Erst nach Zuweisung einer Barakenwohnung mit 4 schönen

Wohnräumen durch Vermittlung der Fürsorge war er wieder zugänglicher und kam auch ab und zu in die Fürsorge wegen Lebensmittel. Er blieb aber völlig unzuverlässig und schlief auch nicht allein. Die Nachbarsleute klagten über den rücksichtslosen Spucker, bedrohten ihn und mieden seine Kinder. Die wiederholten Bemühungen, den Kranken in das Krankenhaus einzuweisen, waren, obwohl sein Zustand sich fortschreitend verschlechterte, ohne Erfolg. Am 13. 12. 1935 konnte er mit einer ausgedehnten Zungenschleimhauttuberkulose endlich in das Krankenhaus eingewiesen werden und starb dort am 4. 2. 1936. Die Kinder wurden wiederholt mit Höhensonne bestrahlt, erhielten fortlaufend Lebensmittelzugaben und vor allem auch Lebertran. Das 7jährige Kind kam am 25. 2. 36 wegen aktiver Tuberkulose in die Heilstätte.

Ergebnis der letzten Untersuchung der Familie R.

Ehemann	Ehefrau	5 Kinder im Alter von				
		11 Jahren	10 Jahren	9 Jahren	7 Jahren	6 Jahren
off. Lg. Tbc. Zungenschlhaut Tbc. am 4.2.36 gest.	inakt. vernarbt. Herde	Pirquet+ inakt. Bronchialdrüsen Tbc.	Pirquet∅ röntg. k. Tbc. nachweisbar	Pirquet+ inakt. Hilus Tbc Schwachs. Bettnässe	Pirquet+ akt. Paratracheal drüs. Tbc.	Pirquet+ inakt. Hilusdrüs Tbc. Schwachs

2. Familie Ro., bestehend aus Ehepaar und 3 Kindern im Alter von 10, 8 und 6 Jahren. Der Familienvater von Beruf Hausierer ist ein unverbesserlicher Trinker. Von seinen 5 Kindern aus erster Ehe, die geschieden ist, ist ein Junge hochgradig schwachsinnig. Seit der zweiten Ehe, 1925, ist der Ehemann mehrfach vorbestraft, arbeitsscheu und dauernd hilfsbedürftig. Die Familie wohnt seit mehreren Jahren in einem Notquartier der Stadt, das aus 2 Zellen eines früheren Zuchthauses besteht. Die Ehefrau stammt vom Lande aus einer Maurersfamilie. Sie ist elend, kränklich und steht seit $1^1/_2$

Jahren ununterbrochen wegen Neurasthenie in ärztlicher Behandlung. Eine ihrer Schwestern ist an Lungentuberkulose gestorben. Die Kinder der Familie wurden alle wegen Scharlach, Masern, Diphterie und Keuchhusten im Krankenhaus behandelt. Sie besuchen alle die Hilfsschule und sind erzieherisch besonders schwierig. Der 8jährige entwendete mit sechs Jahren ein Fahrrad, das erst nach 4 Tagen in einem Versteck gefunden werden konnte. Bei dieser Gelegenheit wurde er in ein Kinderheim untergebracht, zerschlug dort mehrere Fensterscheiben und kam dann in eine auswärtige Erziehungsanstalt, wo es der Mutter gelang, ihn nach einem Jahre heimlich fortzuholen.

Seit dem Februar 1935 kränkelt der Mann, hustet dauernd, spuckt viel und geht rücksichtslos mit seinem Auswurf um. Die Nachbarschaft beschwert sich. Die Ehefrau versucht vergeblich, ihn einer Untersuchung zuzuführen. Diesbezügliche Bemühungen der Wohlfahrtspflegerin haben ebenfalls keinen Erfolg. Im November 1935 wird der Kranke bettlägerig. Erst jetzt konnte offene Lungentuberkulose festgestellt werden. Im Krankenhaus zeigt er ein widerspenstiges Verhalten und lehnt sich gegen die Hausordnung auf. Nach $2^1/_2$ Monaten ist weiterer Verbleib im Krankenhaus unmöglich, nachdem man lange mit der Entlassung zurückgehalten hatte. Der Kranke kehrt am 25. 1. 1936 in die primitive Wohnung zurück. Hier ist er jetzt noch bettlägerig und wird von seiner Frau gepflegt.

Der Versuch die Kinder anderweitig unterzubringen wird auf Grund der Minderwertigkeit der Familie vom Kostenträger berechtigterweise nur ungern gemacht, er scheitert aber sowieso an dem Widerstand der Mutter. Sie lehnt jede Maßnahme der Fürsorge ab mit der Begründung, der Vater spucke jetzt nur in die Flasche, er gäbe den Kindern nichts zu essen und fasse sie auch nicht an. Die Fürsorge konnte für den Mann ein eigenes Bett und einen besonderen Schlafraum verschaffen.

Ergebnis der letzten Untersuchung der Familie Ro.

Ehemann	Ehefrau	3 Kinder im Alter von		
		10 Jahren	8 Jahren	6 Jahren
off. Lg. Tbc. im vorgeschritt. Stadium	geschl. Lg. Tbc.	Pirquet + aktive Bronchialdrüs. Tbc.	Pirquet + inaktive Hilusdrüs. Tbc.	Pirquet + aktive Bronchialdrüs. Tbc.

3. Familie G. Der Ehemann ein 29jähriger schmächtiger, arbeitsscheuer Hilfsarbeiter seit 5 Jahren hilfsbedürftig. Die Ehefrau von kleinem zarten Körperbau ist 27 Jahre alt. Zwei ihrer jüngeren Geschwister starben vor 10 und 8 Jahren und ihre Mutter vor 6 Jahren an Lungentuberkulose. Die Ehefrau wohnte früher bei ihrer offentuberkulösen Mutter und ist seit 5 Jahren verheiratet. Kinder des Ehepaares: 3 schwächliche elende Kinder im Alter von 5, 4 und 3 Jahren. Sie wurden zeitweise in der Fürsorge vorgestellt und mehrfach mit Höhensonne und Lebertran behandelt. Der 5jährige Junge ist schwachsinnig.

Im September 1933 fiel die Frau in der Kleinkinderfürsorge durch auffallend kränkliches Aussehen auf und hustete stark. Als unzugänglich bekannt lehnte sie eine Untersuchung ab. Darauf wurde ihr der Besuch in der Fürsorge strengstens untersagt. Erst nachdem die Unterstützung gesperrt worden war, konnte die Untersuchung vorgenommen und offene Lungentuberkulose festgestellt werden. Bei dem Ehemann und den 3 Kindern war klinisch und röntgenologisch keine Tuberkulose nachweisbar. Die Kranke lehnte unterstützt von dem nachteiligen Einfluß des Mannes eine Heilstättenbehandlung ab. Die Wohnung bestand aus einem 28 qm großem Wohnraum mit 3 Betten, davon 2 Kinderbetten. Nach 5 Monaten wird die Frau bettlägerig und kommt ins Krankenhaus, das sie nach 4 Wochen entgegen dem Rate des Arztes verläßt. Im Mai 1934 Schwangerschaftsunterbrechung. Auch jetzt verläßt die Frau nach 3 Wochen zum zweitenmale gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus.

Die Familie erhielt von der Fürsorge eine gute Zweizimmerwohnung in einer Baracke. Nachdem die Frau zum erstenmale aus dem Krankenhause zurückkam, wurden das 3- und 4jährige Kind in ein Kinderheim untergebracht. Nach einem Monat holte der Vater das jüngste Kind während der Besuchszeit heimlich fort. Das 4jährige Kind konnte 5 Monate im Heim gehalten werden. Bei der zweiten Krankenhausaufnahme der Frau wurden die 3 Kinder wieder in ein Heim untergebracht. Sofort nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause wurden 2 Kinder unter Skandalieren der Eltern wieder aus dem Heim geholt. Das jüngste Kind wurde den Eltern zwangsweise vorenthalten und 3 Monate im Heim gepflegt. 1935 wurde der 5jährige schwachsinnige Junge wegen aktiver Bronchialdrüsentuberkulose auf 3 Monate in ein auswärtiges Kinderheim untergebracht.

Ergebnis der letzten Untersuchung der Familie G.

Ehemann	Ehefrau	3 Kinder im Alter von		
		5 Jahren	4 Jahren	3 Jahren
klinisch u. röntg. k. Tbc. nachweisbar	Off. Lg. Tbc. im vorgeschritt. Stadium	inaktive Bronchialdrüs. Tbc. Schwachs.	inaktive Hilusdrüs. Tbc.	Pirquet + röntg. keine Tbc. nachweisbar

4. Familie W. bestehend aus Eltern, 3 Töchter im Alter von 3, 6 und 7 Jahren. Der Ehemann ein 32jähriger arbeitsscheuer ungelernter Arbeiter ist seit Jahren hilfsbedürftig. Die 28jährige Ehefrau ist schwer psychopathisch. Dauernd bestehen Ehezwistigkeiten übelster Art. Im August 1933 beging die Frau 2 Selbstmordversuche. 3 Monate später erkrankte sie an einer „Grippelungenentzündung". Im Krankenhause wurde eine offene Tuberkulose festgestellt. Nach vier Wochen verläßt sie entgegen dem Rate des Arztes das Krankenhaus und schläft in einer Kellerwohnung mit den 4 anderen Familienmitgliedern in einem engen Raume. Die Familie hat 2 große und ein kleines Bett. Die Kranke ist voll-

kommen uneinsichtig und unbelehrbar. Eine Ansteckung ist ihrer Ansicht nach unmöglich. Heilstättenbehandlung lehnt sie ab, auch der Ehemann ist dagegen. Die Fürsorge besorgt eine bessere Wohnung und ein Bett. Trotzdem schläft die Frau nicht allein. Nach langen Bemühungen wird das Bett der Frau in die Wohnküche gestellt. Der Mann klagt, daß seine Frau abends viel unterwegs ist, er traut ihr nicht. Jetzt ist er für eine Heilstättenbehandlung, sein Einfluß auf die Kranke ist aber ohne Erfolg.

Die Kinder, zarte elende Geschöpfe werden vom Vater großgezogen und häufiger in der Kleinkinderfürsorge vorgestellt. Sie werden mit Lebertran und Höhensonne behandelt. Eine Röntgenuntersuchung lehnt der Vater ab mit den Worten „Das kommt nicht in Frage". Auch der Versuch das 3jährige Kind in ein Heim unterzubringen scheiterte im vergangenen Jahre an seinem Widerstand.

Im Verlauf von 2 Jahren konnte der Auswurf der Ehefrau nur zweimal untersucht werden. Jedesmal enthielt er reichlich Tuberkelbazillen, zuletzt im Januar 1936. Die Kranke ist jetzt seit Wochen bettlägerig, die Tuberkulose ist im letzten Stadium. Behandelnder Arzt, Fürsorgeschwester und Verwandte bemühen sich um die Krankenhauseinweisung, die die Kranke entschieden verweigert. Ihr Schwager kommt mit der Klage über ihr unvorsichtiges Verhalten besonders den Kindern gegenüber. Durch seine Vermittlung konnten Vater und Kinder im Februar 1936 eingehend untersucht werden. Die notwendige Krankenhausbehandlung für das jüngste Kind lehnt der Vater ab.

Ergebnisse der letzten Untersuchung der Familie W.

Ehemann	Ehefrau	3 Kinder im Alter von		
		7 Jahren	6 Jahren	3 Jahren
klinisch u. röntgen. keine Tbc. nachweisbar	off. Lg. Tbc. im letzten Stadium laut Bericht	Pirquet + inaktive Hilusdrüs. Tbc.	Pirquet + inaktive Bronchialdrüs. Tbc.	Pirquet + aktive Hilusdrüs. Tbc.

5. Familie Wa. bestehend aus Ehepaar und 4 Kindern im Alter von 7, 5, 2 und 1 Jahr. Die Ehefrau stammt aus einer erblich belasteten Familie. Ihr Vater war Trinker und starb 1935 im Delirium tremens. Ein Bruder starb vor 6, eine Schwester vor 4 und ihre Mutter vor $2^1/_2$ Jahren an Lungentuberkulose. Die verstorbene Schwester führte einen schlechten Lebenswandel, 2 Brüder sind wegen Kindesmißhandlung in mehreren Fällen als Rohlinge bekannt. Die Ehefrau selbst stahl einem Beamten im Unterstützungsamt ein Kleidungsstück. Sie ist eine ausgesprochene Psychopathin. Das Ehepaar wohnte bis 1931 mit 2 Kindern bei der offentuberkulösen Mutter der Frau und seit 1933 in einem Notquartier der Stadt, nachdem die Familie in 2 Jahren dreimal wegen Streitigkeiten ihre Wohnungen räumen mußte.

Am 2. 1. 1936 kam das jüngste Kind mit 11 Monaten wegen Bronchitis ins Krankenhaus. Dort wurde doppelseitige Lungentuberkulose festgestellt. Am 5. 1. 1936 erhielt die Familie eine Zwei-Zimmerwohnung in einem gerade fertiggestellten Neubau. Am 29. 1. 1936 holte die Mutter entgegen dem Rate des Arztes das Kind aus dem Krankenhause. In der neuen Wohnung äußerte sie sich zu der Nachbarin P., sie sähe nicht ein, daß nur ihr Kind krank sei, die Kinder anderer Leute sollen sich ruhig anstecken kommen. Am 12. 2. 1936 erschien die Familie auf Vorladung im städt. Gesundheitsamt. Ihr Erscheinen war überraschend und nur dem Umstande zu verdanken, daß sie Antrag auf Kinderbeihilfe gestellt hatte und nun glaubte, letzterer sei bereits der Anlaß zur Untersuchung. Die Frau wollte die Kinder nicht ausziehen. Sie sagte, die Kinder seien alle gesund, es müsse genügen, wenn man sie so ansähe. Nach ca einstündiger Verhandlung gelang die Untersuchung. Die Ehefrau ist zur Zeit im 7. Monat schwanger.

Ergebnis der letzten Untersuchung der Familie Wa.

Ehemann	Ehefrau	4 Kinder im Alter von			
		7 Jahren	5 Jahren	2 Jahren	1 Jahr
inaktive vernarbte Herde	röntgen. k. Tbc. nachweisbar chron. Bronchit.	Pirquet∅ klin. u. röntg. k. Tbc. nachweisbar	Pirquet∅ klin. u. röntg. k. Tbc. nachweisbar	Pirquet+ akt. Hilusdrüs. Tbc.	doppels. primäre Lg. Tbc. laut Bericht

Die Eltern lehnen Krankenhausbehandlung der erkrankten Kinder ab. Die Frau ist besonders widerspenstig und verweigert jede Maßnahme mit den stupiden Worten, „das kommt nicht in Frage“. Der Familienvater konnte soweit gebracht werden, die Kinder in ambulante Behandlung zu geben. Auch die behandelnde Ärztin konnte den Widerstand der Eltern nicht beseitigen und Krankenhausbehandlung der Kinder nicht erreichen. Der Zustand des jüngsten Kindes hat sich inzwischen so verschlechtert, daß mit seinem Ableben in kürzester Zeit zu rechnen ist. Um die Behandlung bei dem 2jährigen Kinde durchzuführen ist Sorgerechtsentziehung eingeleitet.

6. Familie J. Familienvater Gelegenheitsarbeiter, seit 1929 Wohlfahrtsempfänger. Seit April 1933 leidet er an offener Lungentuberkulose. Nach 14tägigem Heilstättenaufenthalt bricht er die Kur ab. Im Juni 1933 stirbt das jüngste von 4 Kindern mit 6 Monaten an Meningitis tuberkulosa. Ein halbes Jahr später verläßt der Vater zum zweitenmal entgegen dem Rate des Arztes nach 5 Wochen die Heilstätte. Ab Februar 1934 ist er Invalide. Im September desselben Jahres verläßt er nach 6 Tagen das Krankenhaus und stirbt in seiner Wohnung am 19. 4. 1935.

Die 25jährige Ehefrau stammt aus einer asozialen Familie. Sie hat sich früh herumgetrieben und gebar mit knapp 17 Jahren in Fürsorgeerziehung stehend ihr erstes uneheliches

Kind. Schon während der Krankheit ihres Mannes hatte sie mehrere Verhältnisse. Kurz vor dem Tode ihres Mannes erkrankte sie an offener Lungentuberkulose, die am 22. 3. 1935 festgestellt werden konnte. Einige Tage später, nachdem der Mann gestorben war, besuchte sie trotz ihrer Krankheit allabendlich Tanzlokale und stand vorwiegend mit jungen Leuten in wechselndem Verkehr. Die Bemühungen der Fürsorgeschwester waren ohne Erfolg. Krankenhausbehandlung lehnte die Kranke wiederholt ab. Der Auswurf wurde vor $^3/_4$ Jahren zuletzt untersucht. Er enthielt damals reichlich Bazillen. Im Dezember 1935 soll die Frau in das Arbeitshaus untergebracht werden. Nach mehrfachen Bemühungen gelang bei dieser Gelegenheit die erste physikalische Nachuntersuchung, wonach doppelseitige cavernöse Lungentuberkulose besteht. Der Auswurf konnte infolge Widerstandes nicht untersucht werden. Die Unterbringung in das Arbeitshaus scheiterte an der Ansteckungsgefahr. Die Kranke vernachlässigt jetzt ihren Haushalt, die Kinder fehlen viel in der Schule, sind sich ganz selbst überlassen und verwahrlosen. Die Mutter schüttelt mit den Worten, sie sei noch jung und müsse etwas vom Leben haben, jede Verantwortung für sich und die Kinder ab. Auch erklärt sie, man solle ihr die Kinder abnehmen, sie wolle sie nicht weiter großziehen. Der 8jährige Junge hat mehrfach kleine Gartendiebstähle begangen und in Läden gebettelt. Wiederholt hat er sich auf dem Eisenbahngelände herumgetrieben, Steine auf die Schienen gelegt und mit Steinen nach fahrenden Zügen geworfen. Der 7jährige neigt zu Onanie und hat auch Nachbarskinder dazu verleitet.

Die 4 Kinder im Alter von 9, 8, 7 und 4 Jahren kamen am 20. Dezember 1935 in Fürsorgeerziehung und wurden anderorts untergebracht. Sie sind alle kränklich und bis auf das 9jährige Mädchen infiziert. Bis zum Tode ihres Vaters waren sie tagsüber in einem Kinderhort untergebracht. Zwei Kinder haben eine Hilusdrüsentuberkulose durchgemacht. Darunter das 4jährige Mädchen. Es ist besonders schwächlich

und hat als Säugling eine schwere Rachitis überstanden. Die antirachitische Behandlung in einem Kinderheim wurde damals von den Eltern zweimal abgelehnt. Die Familie hat stets gute Wohnungen gehabt, dreimal mußte wegen Streitsucht und Mietschuld Zwangsräumung durchgeführt werden. Der Kostenaufwand für die Familie seitens des Unterstützungsamtes betrug von 1930 bis 1935 insgesamt Rm. 5,500 ohne Sachleistungen wie Betten, Kleider, Wäsche usw.

Ergebnis der letzten Untersuchungen der Familie J.

Ehemann	Ehefrau	4 Kinder im Alter von			
		9 Jahren	8 Jahren	7 Jahren	4 Jahren
1925 an off. Lg. Tbc. gest.	mutmaßl. off. Lg. Tbc.	Pirquet∅	inaktive Hilusdrüs. Tbc.	Pirquet+ röntg. k. Tbc nachweisbar	inaktive Hilusdrüs. Tbc.

7. Der 38jährige Kunstmaler K. leidet seit dem Frühjahr 1934 an offener Lungentuberkulose. Eine Heilstättenbehandlung brach er nach knapp 2 Monaten entgegen dem Rate des Arztes ab. Er wohnte darauf mehrfach bei bekannten Familien, in denen er sich durch Porträtmalerei seinen Lebensunterhalt verdiente. In der Stadt B. wurde er 1935 wegen Kehlkopftuberkulose ambulant behandelt. Von dort kam er nach Görlitz und wohnt seit 6 Monaten mit einer 42jährigen Gymnastiklehrerin und deren 10jährigen Tochter zusammen. Durch ihre Vermittlung arbeitet er auch hier in verschiedenen Familien. Von der Stadt B. aus erfolgte Meldung an die hiesige Fürsorgestelle. Die Fürsorgerin wird bei ihrem Besuch übel empfangen. Der Kranke verbot sich jeden Besuch und Einmischung in seine Verhältnisse. Die Wohnung besteht aus einer kleinen Wohnküche und einem größeren Wohnraum. Mutter und Tochter schlafen in der Wohnküche, der Kranke schläft im Wohnzimmer auf dem Sofa. In dem Wohnzimmer hält die Gymnastiklehrerin 2 bis 3mal wöchentlich ihre Gymnastikstunden ab. Der Raum wird für die Gymnastikstunden,

an denen meist Familienmütter teilnehmen, jedesmal besonders hergerichtet. Nach mehrfacher Aufforderung erscheint der Kranke in der Fürsorge. Auf Vorhaltung der Ansteckungsgefahr, die er in der Wohnung verursacht, erklärt er sich mit einer Krankenhausbehandlung einverstanden. Am Tage der Einweisung lehnt er diese wieder ab. Das Paar bleibt unzugänglich, die Gymnastikstunden werden weiter abgehalten. Die Gymnastiklehrerin stammt aus einer tuberkulös schwer belasteten Familie. Ihr Großvater, ihr Vater und ihre Mutter starben an Lungentuberkulose. Sie selbst war früher 2 Jahre lungenkrank. Eine Schwester und ein Bruder leiden z. Zt. noch an Lungentuberkulose.

Bei dem 10jährigen Kinde wurde jetzt eine Bronchialdrüsentuberkulose festgestellt und Heilstättenbehandlung veranlasst. Der Amtsarzt meldelte die Zustände der Gesundheitspolizei, die die Abhaltung der Gymnastikstunden in der Wohnung der Lehrerin verbot.

Die Zusammenfassung ist eindeutig: Schwer offentuberkulöse Menschen ohne jedes Verantwortungsgefühl und ohne Gemeinschaftssinn widersetzen sich den Maßnahmen der Seuchenbekämpfung und verlassen immer wieder gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus oder lehnen eine Krankenhausbehandlung überhaupt ab; sie infizieren in den primitivsten räumlichen Verhältnissen ihre Angehörigen, vor allem ihre Kinder, ohne sich auch nur einen Gedanken über die verursachte Schädigung ihrer Nächsten zu machen und ohne sich die geringste Mühe zu geben, noch weiteres Unglück zu verhüten.

Unsere Mittel diese Volksschädlinge unschädlich zu machen sind gering. Erfahrungen über zwangsweise Isolierung von solchen Tuberkulösen, die auf anderer Weise nicht hygienisch saniert werden können besitze ich nicht. Die Stadt Görlitz hat kein Tuberkulosekrankenhaus. Die Görlitzer Fürsorgestelle ist dazu übergegangen, in besonderen Fällen zu Druckmitteln zu greifen. So lehnen wir für Tuberkuloseverdächtige oder -gefährdete, die sich der Untersuchung bzw. der

Überwachung entziehen, die Gewährung aller zusätzlichen Leistungen ab, um dadurch einen gewissen Druck auf die Betreffenden auszuüben. In besonderen Fällen machen wir die Weiterzahlung der Unterstützung von einer Untersuchung in der Fürsorge abhängig. Handelt es sich um alleinstehende Tuberkulöse, so ist diese Maßnahme brauchbar und erfolgreich, in Familien aber praktisch nicht durchzuführen, weil sie die übrigen Familienangehörigen stark trifft.

Die Hauptaufgabe fällt der Kinderfürsorge zu. Hier ergeben sich 2 wesentliche Aufgaben: Die Verhütung der Infektion und die Sorge für den günstigen Ablauf der stattgehabten Infektion. Die Entfernung des Kindes aus dem tuberkulösen Milieu ist unsere Hauptsorge. Für die Heimunterbringung der tuberkulösgefährdeten Kinder stehen der Stadt Görlitz genügend Mittel zur Verfügung, sodaß hier keine finanziellen Schwierigkeiten bestehen. Dagegen scheitert diese Maßnahme an Einsichtslosigkeit, Unbelehrbarkeit und Rücksichtslosigkeit der Asozialen. Nur in 2 asozialen tuberkulösen Familien konnten insgesamt 7 Kinder auf 2 Wochen bis 3 Monate in ein Heim gegeben werden. Soweit nicht die Sorge um den Verlust des Kindessatzes der Unterstützung der Hinderungsgrund ist, beobachten wir in asozialen Familien oft eine übertriebene Anhänglichkeit an ihre Kinder, die häufig mit einer unglaublichen Roheit gepaart ist.

Bessau sagt: „Ist die Tuberkuloseinfektion beim Kinde einmal erfolgt, so ist nicht der Primärkomplex, sondern die von ihm ausgehende Aussaat das Gefährliche. Die Aussaat gilt es zu verhüten. Mit der Chemotherapie der Tuberkulose dürfte dabei nichts wesentliches zu erreichen sein, wohl aber mit der der diätetischen, der sich Lebertran, Höhensonne und Vitamin D-Behandlung hinzugesellt.“ So führen wir in den Kinderheimen der Stadt Görlitz und im Rahmen der Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge diese Behandlung durch, um die Resistenz der Kinder aus tuberkulösen Familien zu erhöhen und für einen günstigen Ablauf der stattgehabten

Infektion zu sorgen. Von 16 so behandelten infizierten Kindern aus asozialen tuberkulösen Familien haben nur 2 aktive behandlungsbedürftige Tuberkulose. Aber auch diese Maßnahme scheitert oft an dem Widerstand der asozialen Eltern. Von den 23 Kindern aus den asozialen tuberkulösen Familien. sind 19 infiziert und 4 nicht infiziert. Bei 2 Kindern ist klinisch und röntgenologisch keine Tuberkulose nachweisbar, 10 haben eine inaktive und 7 eine aktive Tuberkulose. Von den 7 z. Zt. aktivtuberkulös erkrankten Kindern konnten bis jetzt 5 Kinder durch den Widerstand der Eltern der notwendigen Behandlung nicht zugeführt werden. So scheitert in asozialen tuberkulösen Familien nicht nur die Durchführung der Expositionsprophylaxe sondern auch die Durchführung der erforderlichen Behandlungen.

Die hier angeführten Tatsachen beweisen, daß mit asozialen tuberkulösen Familien praktisch nichts zu erreichen ist. Die Kette des Unglücks nimmt kein Ende. Die Tuberkulose wird nicht nur auf die eigenen Familienmitglieder rücksichtslos übertragen, sondern — und darin liegt das Schwerwiegende des asozialen Verhaltens dieser Familien — sie tragen diese Seuche auch in gesunde völkisch wertvolle Gemeinschaften hinein. Auf der anderen Seite haben wir zahlreiche Beispiele dafür, daß durch rücksichtsvolle und verantwortungsbewußte Kranke die Ansteckung in der Familie auf ein Mindestmaß verhütet werden kann. Es ist bereits viel geschrieben und diskutiert worden, was gegen die Asozialen unternommen werden soll. Im Vordergrund steht dabei das preußische Gesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose vom 4. 8. 1923. Teils werden die Forderungen, die ein Gesetz mit sich bringen soll, abgelehnt, teils wird die Notwendigkeit eines Reichstuberkulosengesetzes anerkannt, auf Grund dessen die Tuberkulose energisch bekämpft werden kann.

Auf Grund der ganzen Sachlage kann kein Zweifel darüber bestehen, daß die Maßnahmen im Kampf gegen die Tuberkulose eine Lücke aufweisen. Eine der wichtigtisten

Aufgaben, die der Kampf gegen die Tuberkulose stellt, ist die Expositionsprophylaxe, d. h. die Verhütung gehäufter und massiger Infektionen, für die wir in erster Linie die asozialen Offentuberkulösen verantwortlich machen müssen. Es ist bisher nicht möglich einen schwerkranken Offentuberkulösen, der eine furchtbare Ansteckungsquelle für seine Umgebung bedeutet, gegen seinen Willen von seiner Familie zu isolieren und im Krankenhaus zurückzuhalten. Ein solcher Kranker, der die Gesundheit seiner Familie mißachtet, steht den Zielen der heutigen Gesundheitsführung, die Familie und damit das gesamte Volk auf den bestmöglichsten Gssundheitszustand zu bringen und zu halten, nicht nur im Wege, sondern er arbeitet ihnen wissentlich entgegen. Die Gesellschaft hat die Pfiicht wie bei jeder anderen Seuche die Weiterverbreitung der Tuberkulose zu verhüten. Dem Schaden, den ein asozialer Offentuberkulöser täglich anzurichten vermag, müssen wir aber machtlos zusehen, solange wir nicht weitgehende und einheitliche gesetzliche Bestimmungen gegen diese Volksschädlinge in der Hand haben. Man möchte zuversichtlich hoffen, daß es nicht mehr allzulange dauern wird, bis die verschiedenen deutschen Staaten eine gemeinschaftliche Gesundheitsgesetzgebung besitzen werden, in der auch weitgehende Maßnahmen gegen Asoziale enthalten sind; denn gerade der asoziale Teil der Bevölkerung hemmt und verhindert die bestgemeinten Gesundheitsgesetze.

Es ist mir eine angenehme Pflicht Herrn Professer Dr. Selter für das Stellen des Themas und für seine Anregungen hierzu meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Augstein, E.: Zschr. f. Tbk. 1930 Bd. 58 S. 105—106 V. B. Btr. z. Klin. d. Tbk. 1930 Bd. 75 S. 237—250.
2. Baer, G.: Prakt. Tbk.-Bl. 1933, Jg. 7 S. 145—150.
3. Bessau: I. Tagung der Reichsarbeitsgemeinschaft Mutter und Kind, Berlin.
4. Denker, H.: Reichstuberkulosenausschuß, Bericht über d. Geschäftsjahr 1934—35.
5. Einstein, F.: Zschr. f. Tbk. 1926, Bd. 46 S. 214—221.
6. Frantz, E.: Dtsch. Tbk.-Bl. 1934, Jg. 8, S. 208—214.
7. Goldmann, F.: Klin. Wschr. 1927, Nr. 4 S. 172—176.
8. Heisig, F.: Dtsch. Ärztebl. 1934 S. 1246—48. Btr. z. Klin. d. Tbk. 1935, Bd. 86 S. 454—462.
9. Ickert, F.: Reichsgesetzbl. 1927, Jg. 2 S. 375—379. Klin. Wschr. 1929, Nr. 1 S. 29—31.
10. Kalk, H.: Dtsch. Tbk. Bl. 1934, Jg. 8 S. 185—189.
11. Karner, F.: Volksgesdht. 1926, Jg. 2 S. 245—249.
12. Kayser-Petersen, J. E.: Reichstbkbl. 1934, Jg. 21 S. 19—20.
13. Koenig, W.: In Engel L Pirquet, Hdb. d. Kindertbk. Bd. 9 S. 1387 bis 1435. Leipzig 1930. Thieme.
14. Kreuser, F. und Deuster, H.: Zschr. f. Tbk. 1929. Bd. 54 S. 109—114.
15. Kreuser: Tuberkulose 1935. Jg. 15 Nr. 9 S. 125—130.
16. Krutzsch, G.: Tbk.-Fürs.-Bl. 1928. Jg. 15 S. 95—98.
17. Landau, W.: Zschr. f. Tbk. 1930, Bd. 55 S. 508—510.
18. Neisser, M.: Dtsch. med. Wschr. 1929. Nr. 48 S. 2019—21 u. Nr. 49 S. 2061—63.
19. Ritter, J.: Die Tuberkulose. Jg. 16 Nr. 2.
20. Rössler, A.: Zschr. f. Tbk. 1935. Bd. 73 S. 358—364.
21. Schmitt-Grandhomme, E.: 9. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Tuberkulosefürsorgeärzte 1930.
22. Simon: Tbkfürsbl. 1928. Jg.15 S. 113—114.
23. Sissle, A.: Zschr. f. Tbk. 1928. Bd. 52 S. 324—333.

Lebenslauf.

Ich, Hans Schaaf, wurde am 29. Juli 1903 als Sohn des Bauunternehmers und Architekten Gerhard Schaaf in Düren Rhld. geboren. Vom 6. bis 10. Lebensjahr besuchte ich die Volksschule und danach das humanistische Gymnasium in Düren, wo ich Ostern 1925 das Zeugnis der Reife bekam. Meine Studienzeit verbrachte ich an den Universitäten Bonn und München. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im Herbst 1927 in Bonn, das ärztliche Staatsexamen am 8. Januar 1932 ebenfalls in Bonn. Nach Ableistung des praktischen Jahres am Thüringischen Landeskrankenhause in Greiz begann ich 1933 meine Tätigkeit als Stadtarzt am städtischen Gesundheitsamt in Görlitz, wo ich z. Zt. noch tätig und nach Beendigung der Prüfung zum Amtsarzt für die Stelle des stellvertretenden Amtsarztes vorgesehen bin.